



# ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI IMPERIA

## RICHIESTA DI PATROCINIO

Titolo dell'evento	
Organismo promotore	
Destinatari	<input type="checkbox"/> medici di medicina generale <input type="checkbox"/> medici di continuità assistenziale ed emergenza territoriale <input type="checkbox"/> medici addetti alla medicina dei servizi <input type="checkbox"/> pediatri di libera scelta <input type="checkbox"/> specialisti ambulatoriali convenzionati <input type="checkbox"/> specialisti dipendenti <input type="checkbox"/> medici funzionari <input type="checkbox"/> liberi professionisti <input type="checkbox"/> tutti gli iscritti all'Ordine <input type="checkbox"/> altro .....
Livello di organizzazione	<input type="checkbox"/> provinciale <input type="checkbox"/> regionale <input type="checkbox"/> interregionale <input type="checkbox"/> altro .....
Numero previsto di partecipanti	
Luogo dell'evento	
Durata dell'evento (date e orari)	
Sponsor	<input type="checkbox"/> settore farmaceutica <input type="checkbox"/> altro ..... <input type="checkbox"/> nessuno sponsor

Attività dello sponsor	<input type="checkbox"/> finanzia l'evento per la percentuale: .....% <input type="checkbox"/> retribuisce i docenti <input type="checkbox"/> fornisce materiale organizzativo (locandine, inviti, coffee break, ecc.) <input type="checkbox"/> fornisce materiale scientifico (pubblicazioni, ecc.) <input type="checkbox"/> altro .....
Trattamento economico dei docenti	<input type="checkbox"/> compenso <input type="checkbox"/> rimborso spese <input type="checkbox"/> nessuno
Contributo a carico dei partecipanti	<input type="checkbox"/> pari a € ..... <input type="checkbox"/> nessuno
Eventuali altri patrocini richiesti	
Richiesto il logo dell'Ordine da pubblicare sul materiale congressuale	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Contatto per risposta	Nominativo ..... Telefono ..... Fax ..... Email .....
Responsabile scientifico dell'evento	Nominativo .....

**ALLEGARE IL PROGRAMMA DELL'EVENTO (O VOLANTINO, O BROCHURE, O LINK) CON INDICAZIONE DEI RELATORI E DELL'EVENTUALE ACCREDITAMENTO ECM**

Spazio riservato all'Ordine:

<p>Vista la richiesta di patrocinio di cui sopra e valutato il materiale informativo allegato,</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SI CONCEDE <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> NON SI CONCEDE</span> </p> <p>il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Imperia</p> <p>Imperia, <span style="float: right;">Il Presidente .....</span></p>	
--	--